

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫПЛАТУ ПО ДОЖИТИЮ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Договор страхования

от

ЗАЯВИТЕЛЬ

 Застрахованный Представитель

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Фамилия
Имя Отчестводата
рождения

ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование
документасерия
(при наличии)

номер

кем выдан

дата выдачи

код подразделения
(при наличии)СНИЛС
(при наличии)ИНН
(при наличии)контактный
телефон

E-mail

Гражданство

Место рождения

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

Индекс

адрес

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

 Совпадает с адресом постоянной регистрации

Индекс

адрес

ДЕКЛАРАЦИЯ

- Имею положительную деловую репутацию, стабильное финансовое положение
- Источники происхождения денежных средств и (или) иного имущества: Заработная плата

 Иное (указать)

- Не имею бенефициарного владельца, действую к собственной выгоде

 Не согласен (отметить при несогласии)

ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, УКАЗАННЫМ В СТ.7.3 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА №115-ФЗ ОТ 07.08.2001 г.?

Да Нет

В случае ответа «Да» укажите ниже должность, наименование и адрес работодателя

Должность	<input type="text"/>	Наименование работодателя	<input type="text"/>
Индекс	<input type="text"/>	адрес	<input type="text"/>

ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ СУПРУГОМ ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА, УКАЗАННОГО В СТ.7.3 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА №115-ФЗ ОТ 07.08.2001 г.?

Да Нет

В случае ответа «Да» укажите ниже укажите степень родства, либо статус по отношению к указанному лицу

ВАЖНО! В случае, если заявление заполняется представителем, укажите документ, подтверждающий полномочия

Наименование документа	<input type="text"/>	серия	<input type="text"/>	номер	<input type="text"/>	дата выдачи	<input type="text"/>
------------------------	----------------------	-------	----------------------	-------	----------------------	-------------	----------------------

НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ СООБЩАЮ О СОБЫТИИ:

- Дожитие Застрахованного лица до окончания срока действия договора страхования
- Дожитие Застрахованного лица до промежуточной даты наблюдения в пределах срока действия договора

НА ОСНОВАНИИ ВЫШЕИЗЛОЖЕННОГО, ПРОШУ:

- Зачислить в качестве взноса по договору страхования Перевести на счет в банке согласно реквизитам

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫБРАН ПАРАМЕТР «ПЕРЕВЕСТИ НА СЧЕТ В БАНКЕ СОГЛАСНО РЕКВИЗИТАМ», ЗАПОЛНИТЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛНОСТЬЮ В ТАБЛИЦЕ НИЖЕ И УКАЖИТЕ СУММУ ПЕРЕВОДА

Наименование банка	<input type="text"/>		
Получатель платежа	<input type="text"/>		
Номер счета	<input type="text"/>		
Корреспондентский счет	<input type="text"/>		
БИК банка	<input type="text"/>	ИНН банка	<input type="text"/>
Сумма перевода	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	цифрами	прописью	

Обращаем ваше внимание, что перечисление дополнительного инвестиционного дохода (при наличии) будет осуществляться по реквизитам, указанным в настоящем заявлении.

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫБРАН ПАРАМЕТР «ЗАЧИСЛИТЬ В КАЧЕСТВЕ ВЗНОСА ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ», ЗАПОЛНИТЕ НОМЕР ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И- УКАЖИТЕ СУММУ ПЕРЕВОДА

Договор страхования	<input type="text"/>	от	<input type="text"/>
Сумма перевода	<input type="text"/> цифрами	<input type="text"/> прописью	

К ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

Копия паспорта Документ, подтверждающий полномочия представителя Иные документы

В случае, если выбран параметр «иное», уточните ниже перечень приложенных документов

Настоящим Я, действуя своей волей и в своем интересе, предоставляю Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни» (далее – Компания, Оператор) (ОГРН: 5177746400607, место нахождения: 129110, г. Москва, проспект Мира, д. 69, стр. 1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1) согласие на обработку персональных данных указанных в настоящем документе и приложениях к нему любыми способами (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств –на бумаге) включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в целях исполнения договора страхования, а также выполнения возложенных на Оператора функций, полномочий и обязанностей. Настоящее согласие действует до достижения всех указанных целей обработки персональных данных за исключением случаев, когда более длительный срок их обработки предусмотрен действующим законодательством РФ. В случае предоставления Оператору в настоящем документе персональных данных третьих лиц – субъектов персональных данных (выгодоприобретателей, страхователей и т.п.) гарантирую, что мной было получено согласие таких лиц на передачу и дальнейшую обработку их данных Оператором в заявленных выше целях. Информация, предусмотренная частью 3 статьи 18 ФЗ «О персональных данных» указанным лицам предоставлена, в связи с чем Компания освобождается от обязанности информирования субъекта персональных данных о получении персональных данных не от субъекта персональных данных.

ВАЖНО! Если Заявитель не является Застрахованным лицом подпись Застрахованного лица обязательна

<input type="text"/> (дата)	<input type="text"/> (подпись)	<input type="text"/> (ФИО застрахованного лица)
<input type="text"/> (дата)	<input type="text"/> (подпись)	<input type="text"/> (ФИО заявителя)
<input type="text"/> (дата)	<input type="text"/> (подпись)	<input type="text"/> (ФИО сотрудника / агента)